

PARTICIPANTES	NOMBRE	APELLIDO	NÚMERO DE DNI	EDAD
1	ANTONELLA	ARANDA	49625133	16
2	MILAGROS	CARDOZO	49166574	16
3	NAHUEL	CASTILLO	48289487	19
4	LUCILA	DUARTE	49429758	16
5	GIULIANA	GALLEGO	47944799	17
6	FLORENCIA	GUITIERREZ	48698865	17
7	SAMUEL	PANNET	48435670	17
8	VALENTINA	SOLANO	48564588	17
9	MARIANA	MAZZUCCO	20025765	57
10	FIDEL	LOPEZ	22782462	53
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: _____


Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a CARLOS MILAGROS a participar del *Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria* de la CPM en el **Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada**, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es MARZUCO MARIANA y FIDEL LOPEZ que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ÉES N° 56

Fecha de ingreso: 17/11/2025


ANA C. VACCARO
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: ANA CAROLINA VACCARO

Domicilio: ESTOMBA 939

Localidad: EL PALOMAR

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DN: 24 205 220

Teléfono: 1158 33 1489

Fecha de nacimiento el/la menor: 08/02/2009

Tipo y N° documento el /la menor: 49.166.574

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido M I L A G R O S C A R O L I N A
Domicilio del Titular E S T O M B A 9 3 9
Ciudad M O R O N Provincia B S A S
Tipo y N° de Documento D N I 4 9 1 6 5 7 4 Teléfono 1 1 2 2 4 1 9 6 2 3
Fecha de Nacimiento 0 8 0 2 0 9

2. INFORMANTE

Titular ☐ Padre/Madre: ☒ Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI ☐ NO ☒ Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI ☐ NO ☒

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) ☐ NO ☒

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI ☐ NO ☒

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI ☐ NO ☒

Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI ☐ NO ☒ Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☒ Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 2 dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ANA CAROLINA VACCARO

Teléfono: 1158331489

Cobertura Médica: _____

Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

ANA C. VACCARO
Firma

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: PASEO DE LAS ARTES 17/11/2025 7:30 HS

Lugar, día y hora de regreso: PASEO DE LAS ARTES 19/11/2025 Aprox 11HS

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO RECREATIVO MUNICIPAL PUNTA LARA, ENSENADA

Nombres y teléfonos de los acompañantes: MARIANA 1166433752

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

CAMINO ALMIRANTE BROWN 778 - PUNTA LARA 02216441377

Otros datos de interés: TOUR POR LA PLATA Y ACTIVIDADES ACUÁTICAS

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a MILAGROS CARDOZO

DNI 49166574 que concurre al Establecimiento Educativo E.E.S.NEG JUDNA MASO N° 56 del distrito MORON a participar de la Salida Educativa / Salida de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de PUNTA LARA ENSENADA el/los día/días... 17/18 del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	Si	<input checked="" type="radio"/> No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	_____
			N° Socio	_____

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

ADRIÁN G. BARBERA 1155033190 (PADRÉ)
IRENE G. CESPEDES 1166649147 (ABUELA)
ANA C. VACCARO 1158331489 (MAMÁ)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

 ANA C. VACCARO

DNI: 24.205.220

Fecha: 9/11/25

**AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES**Lugar MORON Fecha 11/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Ana Carolina VaccaroDocumento Tipo DNI Número 24.205.220

SI ☒ NO ☐ (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio - visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE Milagros Cardozo Documento Tipo DNI Número 49.166.564
.....
FIRMAAna Carolina Vaccaro
.....
ACLARACIÓN

Por la presente cumpla con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarcido daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.





REPRINTED FROM: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12):1531-1538, 2001. Copyright © 2001 by Williams & Wilkins. All rights reserved. Reproduction in whole or in part without permission is prohibited.

CARDUZO

November 1998
 NITE ACTION

Real / Real	Nationalidad / Nationality	Example
6	ARGENTINA	A

Printed on: FEB 2008

07 AUG 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry
12 AGO / AUG 2019

Téléphone N° 1 CE 0000
00723960200
8207

00723960200
#207



Dietary intake / Nutrients

49.166.574

DEPARTO ESTOMBA 938 - EL PALOMAR - BUENOS AIRES
CUDAR DE SACRAMENTO - PROV. DE BUENOS AIRES

Cum gratia

EXACTING

IDARG49166574<2<<<<<<<<<<<<<<<<<<
0902089F3908129ARG<<<<<<<<<<<<<O
CARDOZO<<MILAGROS<<<<<<<<<<<<<<<

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 3/11/2025

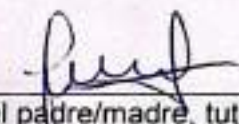
Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a CASTILLO NAHUEL a participar del *Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria* de la CPM en el **Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada**, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es MARTINEZ MARIANA, LOPEZ FIDEL que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.C.S.N° 56 JUANA MANZO

Fecha de ingreso: 27/11/25


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: ONORATO Gisela

Domicilio: BULNES 2710 PALSTAR

Localidad: EL PALOMAR

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI: 26.061.120

Teléfono: 11-5954-2867

Fecha de nacimiento el/la menor: 09/01/08

Tipo y N° documento el /la menor: 48289487

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

DATOS

Nombre y Apellido: JOAQUIN CARRILLO
Apellido del Titular: MOLINAS 23A0 PALOMAR
Edad: 10808 Provincia: BUENOS AIRES
y N° de Documento: 48289487 Teléfono: 1159542867
Fecha de Nacimiento: 090103

FORMANTE

Titular: ☒ Padre/Madre: ☐ Otros(especificar): _____

PRECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI ☐ NO ☒ Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI ☐ NO ☒

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) ☐ NO ☒

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI ☐ NO ☒

TRATAMIENTOS

1. Recibe tratamiento médico? SI ☐ NO ☒

Especificar: _____

2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI ☐ NO ☒ Especificar: _____

3. Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☒ Cuál: _____

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

BIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 3

PERSONA DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Apellido: GISLA ONORATO

Teléfono: 11-5954-2867

Médica: LOMA

Teléfono: 11

Documento: A259898464/02


Firma

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: PASEO DE LAS ARTES, 17/11/25 7:30 DE LA MAÑANA

Lugar, día y hora de regreso: 19/11/25 PASEO DE LAS ARTES APROX: 11 AM

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO RECREATIVO MUNICIPAL PUNTA LARA

Nombres y teléfonos de los acompañantes: MARIANA MAZZULLO 1166433752
FIDEL LOPEZ 1130361154

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

Otros datos de la Infraestructura disponible: ACTIVIDADES ACUÁTICAS, ÉTICA A LA PLATA

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

HOSPITAL MUNICIPAL PUNTA LARA CAMINO ALMIRANTE BROWN 919

Otros datos de interés: TRABAJO A LA PLATA, ACTIVIDADES RECREATIVAS, AIS

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a NAHUEL CASTILLO

DNI 48289497 que concurre al Establecimiento

Educativo ECS N° 56 del distrito

CINCO DE JULIO a participar de la Salida Educativa / Salida de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de

PUNTA LARA el/los día/días 17, 18 y 19 del

mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	<input checked="" type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	IOMA
	Nº Socio		1259898464/02	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

11-5954-2867

11-2240-5668

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:  Marcelo Eisela

DNI: 26061120

Fecha: 31/10/25



0546
00713229040
Florida H. / CL 1001

48.289.487

Documents / Document

20 NOV 2030

0308

20 NOV 2023

8007 NOV 11 2008

By E. J. VAN N. 3000

ARGENTINA

MANUEL

CASILLO ONORATO

Agenda / Sommaire

REPUBLICA ARGENTINA - MINISTERIO DE LA ECONOMIA
ESTADO MAYOR DE LA PRESIDENCIA
MINISTERIO DEL INTERIOR



DOMICILIO: BULNES 2710 - EL PALOMAR - MORÓN
BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES

CJIL 23-4529487-0



HUELLA
DACTILAR

IDARG48289487<8<<<<<<<<<<<<<<<
0801090M3811209ARG<<<<<<<<<<<<4
CASTILLO<ONORATO<<NAHUEL<<<<<

¡ACTIVAME!

La activación será necesaria para poder utilizar esta credencial

Vía web www.ioma.gba.gov.ar/activame
Por teléfono 0-810-444-4662 (IOMA)

CASTILLO OMORATO NARDEY

5107 1600 0570 3906

DOC 43.289.487

AFILIADO N° 1250393-4-702

VTO 06/27 558-07





AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar MORON Fecha 11/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

GISELA ONORATODocumento Tipo DNI Número 26.061.120

SI ☒ NO ☐ (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio-visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE Nahuel Castillo Onorato Documento Tipo DNI Número 48.289.487
FIRMA**GISELA ONORATO**

ACLARACIÓN

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723 El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.



**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha:

01/11/25

Señoría

Por la presente autorizo a mi hija DAKE LUISA AILEEN a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es HAZRUGO, MARIANA, que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución

E.S.B. N°56

Fecha de ingreso

17/11/25


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración:

Mablia Romina Dailaff

Domicilio:

B. Polobin 947.

Localidad:

EL PALOMAR

Provincia:

Bs AS

Tipo y N° doc:

DNI: 36180218

Teléfono:

1559883002

Fecha de nacimiento el/la menor:

17/04/2009

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI 49429758

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

DATOS

Nombre y Apellido: LUCILA AYLEN DUARTE
Domicilio del Titular: BELISARIO BOLDAN 947
Ciudad: EL PALONAR Provincia: BS AS
Edad y N° de Documento: 49428758 Teléfono: 1559883002
Fecha de Nacimiento: 070409

INFORMANTE

Titular ☐ Padre/Madre: ☒ Otros(especificar):

ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI ☐ NO ☒ Cual?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI ☐ NO ☒

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) ☐ NO ☒

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI ☐ NO ☒

TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI ☐ NO ☒

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI ☐ NO ☒ Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☒ Cuál:

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Si BCG: Si SARAMPION: Si TRIPLE: Si (completas) COVID: Si

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Natalia Daboff (mamás)

Teléfono: 559883002

Partura Médica: TONA

Teléfono:

Afiliado: 236180 218902


Firma

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

3

Nombre del Proyecto de la Salida:

Lugar, día y hora de salida:

.....

Lugar, día y hora de regreso:

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos):

Nombres y teléfonos de los acompañantes:

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):Por la presente autorizo a mi hijo/a DUARTE, LucilaAylen DNI 49429758 que concurre al EstablecimientoEducativo E.S.B. N° 56 del distritoTIORÓN a participar de la Salida Educativa / Salida de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de

PUNTA LARA, Distrito ENSENADA el/los día/días... 17 delmes de NOVIEMBRE 2025 del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable)

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico (NINGUNA)

Tiene Obra Social/Prepaga	<input checked="" type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	<u>IONA</u>
			Nº Socio	<u>23680218902</u>

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

1559883002 (Ablio, Ilamó)
1568017254 (Javier, Perú)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable

Antonio Román

DNI

36180218

Fecha

01 / 11 / 25



REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR



Apellido / Surname
DUARTE

Nombre / Name
LUCILA AYLEN

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
17 APR APR 2009

Fecha de emisión / Date of issue
23 MAY MAY 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
23 MAY MAY 2038

Firma del titular / Signature

Documento / Document

49.429.758

Trámite N° / ID ident.
**00705506452
7636**



de Pacho
Dr. Eduardo E. de Pacho
Ministro del Interior

PIELLA
DACTILAR

IDARG49429758<6<<<<<<<<<<<<<<<<<<
0904175F3805239ARG<<<<<<<<<<<<<<<<<<O
DUARTE<<LUCILA<AYLEN<<<<<<<<<<<<



DUARTE LUCILA AYLEN

IOMA
LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES



DUARTE LUCILA AYLEN

DNI: 49429758

GÉNERO: F

CUIL: 27494297588

TIPO: OBLIGATORIO

CESE: 28/02/2026

ESTADO: ACTIVO

AFL: 236180218902

TOKEN

648099

AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

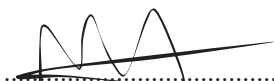
Lugar MORON..... Fecha 11/11/2025.....

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Dailoff, Natalia rominaDocumento Tipo DNI..... Número 36180218SI ☒ NO ☐

(marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio-visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de el/ la ESTUDIANTE Duarte, Lucila Aylén..... Documento Tipo D...N...I..... Número

49429758
FIRMANatalia, Romina dailoff

ACLARACIÓN

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente. **Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen.** Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre. **Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723.** El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarcido daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: El Palomar 31/10/2025

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a GALLEGO GIULIANA a participar del *Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM* en el **Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada**, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es MAZZUCCO, MARIANA y TIDEL LOPEZ que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 56

Fecha de ingreso: 17/11/2025

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: CHAMORRO ROMANA

Domicilio: OBENSE 591

Localidad: EL PALOMAR

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 28442724

Teléfono: 1163017473

Fecha de nacimiento el/la menor: 21/11/2007

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 47944799

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

OS

Nombre y Apellido: G A L L E G O G U L I A N A P A R I S E I
Nombre del Titular: O R E N S E R A I
Apellido: E L P A L O M A R E
Provincia: B U E N O S A I R E S
N° de Documento: D N I 4 7 9 4 4 7 9 9
Teléfono:
Fecha de Nacimiento:

Declarante Titular: ☐ Padre/Madre: ☒ Otros(especificar):

PRECEDENTES

1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI ☐ NO ☒ Cual?:
2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI ☐ NO ☒
Causa:
3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) ☐ NO ☒
(*) Síntomas:
Recibe Tratamiento permanente? SI ☐ NO ☒

TRATAMIENTOS

1. Recibe tratamiento médico? SI ☐ NO ☒
Especificar:
2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI ☐ NO ☒ Especificar:
3. Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☒ Cuál:

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

ABIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: DOS

PERSONAS A LAS QUE DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Teléfono:
Profesional Médico: Teléfono:
Otro:


Firma

ANEXO VI
PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: JÓVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: PASEO DE LAS ARTES 17/11/2025 7:30 HS.

Lugar, día y hora de regreso: PASEO DE LAS ARTES 19/11/2025 APROX 11 HS.

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO RECREATIVO MUNICIPAL PUNTA LARA - ESEENADA.

Nombres y teléfonos de los acompañantes: MARIANA 1166433452

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Otros datos de interés: TOUR POR LA PLATA Y ACTIVIDADES ACUÁTICAS.

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a Gallego Giuliana.....
..... DNI 47944799 que concurre al Establecimiento

Educativo Juana Manso..... N° 56..... del distrito

Moran..... a participar de la Salida Educativa / Salida de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de

Punta Lara..... el/los día/días... 17 del

mes de Noviembre del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	Si	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
		X	Nº Socio	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

(Padre) 1163027749 Julio Gallego
(Madre) 1163017473 Lucila Romina Chamaro
(Tio) 1123575783 Diego Gallego

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Lucila Romina Chamaro
CHAMOR ROMIN

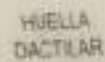
DNI: 28442724

Fecha: 31/10/2025

DOMICILIO: ORENSE 591 - EL PALOMAR - MORON
BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES



Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior



IDARG47944799<5<<<<<<<<<<<<<<<<<<
0711216F3801105ARG<<<<<<<<<<<<<<<6
GALLEGO<<GIULIANA<MARISEL<<<<<



REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname
GALLEGO

Nombre / Name
GIULIANA MARISEL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality
F ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / Date of birth
21 NOV/ NOV 2007

Fecha de emisión / Date of issue
10 ENE/ JAN 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
10 ENE/ JAN 2038

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

47.944.799

Trámite N° / Of. ident.
00698118744
7520



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar MORON Fecha 11/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Julio César GallegoDocumento Tipo DNI Número 30874598SI ☒ NO ☐

(marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de el/ la ESTUDIANTE Giuliana Gallego Documento Tipo D...N...I... Número 47944799



FIRMA



ACLARACIÓN

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente. **Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen.** Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre. **Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723.** El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: _____

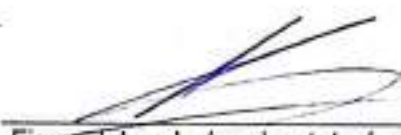
Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a GUTIERREZ RUCH FLORENCIA a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es MAZZUCCO, MARIANA Y LOPEZ FIDEL que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 56

Fecha de ingreso: 18/11/2025


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Ruch Conchita

Domicilio: Cottones 756

Localidad: El Palomar

Provincia: Ba As

Tipo y N° doc: DNI 28326344

Teléfono: 11 5844 0822

Fecha de nacimiento el/la menor: 11/04/2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48698865

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido FLORENCIA ABRIL GUTIERREZ RUSCH
Domicilio del Titular CATYANO 356
Ciudad EL VALONAR Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 48698865 Teléfono 1157440822
Fecha de Nacimiento 110408

2. INFORMANTE

Titular ☐ Padre/Madre: ☒ Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI ☐ NO ☒ Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI ☐ NO ☒

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) ☐ NO ☒

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI ☐ NO ☐

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI ☐ NO ☒

Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI ☐ NO ☐ Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☐ Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: TRES

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

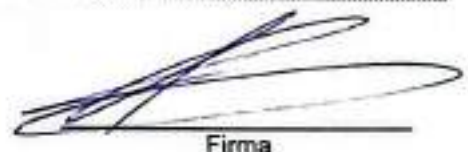
Nombre y Apellido: Carolina Rusch

Teléfono: 1157440822

Cobertura Médica: IONA

Teléfono: _____

N° Afiliado: 228326344802


Firma

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: JÓVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: PASEO DE LAS ARTES 19/11/2023 08:30HS

Lugar, día y hora de regreso: PASEO DE LAS ARTES 19/11/2023 APROX. 11HS.

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO RECREATIVO MUNICIPAL PUNTA LARA ENSENADA.

Nombres y teléfonos de los acompañantes: MARIANA 1166433452
FIDEL 113036-1154

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

A CARGO DEL MUNICIPIO DE MORÓN

Otros datos de la Infraestructura disponible: Defatura de Policía en Ensenada

Avenida Almirante Brown, C. 94 Ensenada, Provincia de Bs. As

0221466-1234 y Bomberos Voluntarios C. 94614, B 1931 Ensenada 0221466-0309

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

CAMINO ALMIRANTE BROWN Y 48 - PUNTA LARA 02216441344

Otros datos de interés: TOUR POR LA PLATA Y ACTIVIDADES

ACUÁTICAS

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a Florencia Abil
Quiroz Runch DNI 48698865 que concurre al Establecimiento
Educativo C.E.S. N° 56 del distrito

Morón a participar de la ~~Salida Educativa~~ / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
PUNTA LARA ENSENADA el/los día/días 19 AL 19 del
mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico: paracetamol, ibuprofeno,

lorazepam y difenidramina

Tiene Obra Social/Prepaga	Si	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	JONA
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº Socio	228326344802

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

1153440822 (MAMA)
1169097416 (Tio Alberto)
1159254013 (Abuelo Carlos)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: Rocha Carolino N.

DNI: 28326344

Fecha: 3/11/2025



Nombre / Name
FLORENCIA AERIL

Sexo / Sex	Nacionalidad / Nationality	Ejemplar
F	ARGENTINA	A

Fecha de nacimiento / Date of birth
14/08/ APR 2008

2023/ SEP 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
25 SEPT 2038

Documents / Document

48.698.865

Trinidad W. / CA. 1000
00711100474
7803



DOMICILIO: AVIADOR CATTANEO 756 - EL PALMAR - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES



FUELLA
DACTYLAR

IDARG48698865<D<<<<<<<<<<<<<
0804116F3809259ARG<<<<<<<<<<<2
GUTIERREZ<RUSCH<<FLORENCIA<ABR



GUTIERREZ RUSCH FLORENCIA

IOMA
LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES



GUTIERREZ RUSCH FLORENCIA

DNI: 48698865

GÉNERO: F

CUIL: 27486988652

TIPO: OBLIGATORIO

CESE: 28/02/2026

ESTADO: ACTIVO

AFL:228326344802

TOKEN

583342



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar MORON Fecha 12/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

ALBERTO LUIS GALVÁNDocumento Tipo DNI Número 10550270

SI ☒ NO ☐ (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio-visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE Florencia Abril Patricia Runch Documento Tipo DNI Número 40698865

FIRMA

GALVÁN Alberto Luis
ACLARACIÓN

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.

DIRECCIÓN GENERAL DE
CULTURA Y EDUCACIÓNGOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: FIDEL LOPEZ
Domicilio del Titular: MONTEAGUDO 760
Ciudad: NOCON Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: DNI 22782462 Teléfono: 1130361154
Fecha de Nacimiento: 260272

2. INFORMANTE

Titular ☒ Padre/Madre ☐ Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI ☐ NO ☒ Cual?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI ☐ NO ☒

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) ☐ NO ☒

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI ☐ NO ☒

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI ☐ NO ☒

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI ☐ NO ☒ Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☒ Cual:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 4 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARIELA LERCANO Teléfono: 1161958325

Cobertura Médica: IOMA Teléfono:

N° Afiliado: 122782462800

Firma



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE DOCENTES

Lugar Morón Fecha 12/11/2023

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe:

López FidelDocumento Tipo DNI Numero 22702462

Se ☒ NO ☐ (marcar lo que corresponda) AUTORIZO a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares, dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.

FIRMA

López Fidel

Aclaración

Por la presente cumpla con lo preestablecido por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando éste el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educativo prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge o hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.





REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

22782462



Apellido / Surname
LOPEZ

Nombre / Name
FIDEL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
26 FEB / FEB 1972

Fecha de emisión / Date of issue
15 JUL / JUL 2014

Fecha de vencimiento / Date of expiry
15 JUL / JUL 2029

FIRMA IDENTIFICADOR / SIGNATURE

Documento / Document

22.782.462

Trámite N° / Of. Ident.
00281087622
7128



LOPEZ FIDEL

IOMA

LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE
BUENOS
AIRES

LOPEZ FIDEL

DNI: 22782462

GÉNERO: M

CUIL: 20227824620

TIPO: OBLIGATORIO

CESE: 28/02/2026

ESTADO: ACTIVO

AFL: 122782462800

TOKEN

652437

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MARIANA PATRICIA MAZZUCCO
Domicilio del Titular: PRESIDENTE ILUJA 265
Ciudad: V. SARMIENTO Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: DNI 20025765 Teléfono: 1166433752
Fecha de Nacimiento: 300568

2. INFORMANTE

Titular: ☒ Padre/Madre: ☐ Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI ☒ NO ☐ Cual? PRESIÓN ARTERIAL

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI ☒ NO ☐

Causa: POLIPO VAGINAL y CIRUGIA BARIÁTRICA

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) ☐ NO ☒

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI ☒ NO ☐

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI ☒ NO ☐

Especificar: CARVEDILOL 25MG (1/2 x 2x)

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI ☒ NO ☐ Especificar: POLIPO y BARIÁTRICA

4.3. Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☒ Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 6 DOSIS

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SERGIO YONNETTI Teléfono: 1154614514

Cobertura Médica: UNION PERSONAL Teléfono: _____

N° Afiliado: 0020316 018


Firma



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE DOCENTES

Lugar VILLA SARMIENTO..... Fecha 11/11/2025.....

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

MAZZUCCO, MARIANA PATRICIA.....

Documento Tipo DNI..... Número 20025765.....

SI ☒ NO ☐ (marcar lo que corresponda) AUTORIZO a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.


.....
FIRMA

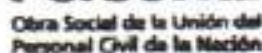
MAZZUCCO, MARIANA PATRICIA
.....
ACLARACIÓN

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarcando daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.





MAZZUCCO MARIANA PATRICIA

22 PLAN 0000

© 2004 American Psychological Association or one of its allied publishers. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly.

URGENCIAS Y EMERGENCIAS: 8-818 -444-1122



Subsecretaría de Servicios de Salud - Regional de Cusco 2008-110-1-0-0123390. www.minsa.gob.pe



NAME: _____
 GRADE: _____

Year	Population	GDP	Exports	Imports	Balance of Payments
1980	26.7	1.1	0.1	0.1	-0.1
1981	27.0	1.2	0.1	0.1	-0.1
1982	27.3	1.3	0.1	0.1	-0.1
1983	27.6	1.4	0.1	0.1	-0.1
1984	27.9	1.5	0.1	0.1	-0.1
1985	28.2	1.6	0.1	0.1	-0.1
1986	28.5	1.7	0.1	0.1	-0.1
1987	28.8	1.8	0.1	0.1	-0.1
1988	29.1	1.9	0.1	0.1	-0.1
1989	29.4	2.0	0.1	0.1	-0.1
1990	29.7	2.1	0.1	0.1	-0.1
1991	30.0	2.2	0.1	0.1	-0.1
1992	30.3	2.3	0.1	0.1	-0.1
1993	30.6	2.4	0.1	0.1	-0.1
1994	30.9	2.5	0.1	0.1	-0.1
1995	31.2	2.6	0.1	0.1	-0.1
1996	31.5	2.7	0.1	0.1	-0.1
1997	31.8	2.8	0.1	0.1	-0.1
1998	32.1	2.9	0.1	0.1	-0.1
1999	32.4	3.0	0.1	0.1	-0.1
2000	32.7	3.1	0.1	0.1	-0.1
2001	33.0	3.2	0.1	0.1	-0.1
2002	33.3	3.3	0.1	0.1	-0.1
2003	33.6	3.4	0.1	0.1	-0.1
2004	33.9	3.5	0.1	0.1	-0.1
2005	34.2	3.6	0.1	0.1	-0.1
2006	34.5	3.7	0.1	0.1	-0.1
2007	34.8	3.8	0.1	0.1	-0.1
2008	35.1	3.9	0.1	0.1	-0.1
2009	35.4	4.0	0.1	0.1	-0.1
2010	35.7	4.1	0.1	0.1	-0.1
2011	36.0	4.2	0.1	0.1	-0.1
2012	36.3	4.3	0.1	0.1	-0.1
2013	36.6	4.4	0.1	0.1	-0.1
2014	36.9	4.5	0.1	0.1	-0.1
2015	37.2	4.6	0.1	0.1	-0.1
2016	37.5	4.7	0.1	0.1	-0.1
2017	37.8	4.8	0.1	0.1	-0.1
2018	38.1	4.9	0.1	0.1	-0.1
2019	38.4	5.0	0.1	0.1	-0.1
2020	38.7	5.1	0.1	0.1	-0.1
2021	39.0	5.2	0.1	0.1	-0.1
2022	39.3	5.3	0.1	0.1	-0.1
2023	39.6	5.4	0.1	0.1	-0.1
2024	39.9	5.5	0.1	0.1	-0.1
2025	40.2	5.6	0.1	0.1	-0.1
2026	40.5	5.7	0.1	0.1	-0.1
2027	40.8	5.8	0.1	0.1	-0.1
2028	41.1	5.9	0.1	0.1	-0.1
2029	41.4	6.0	0.1	0.1	-0.1
2030	41.7	6.1	0.1	0.1	-0.1
2031	42.0	6.2	0.1	0.1	-0.1
2032	42.3	6.3	0.1	0.1	-0.1
2033	42.6	6.4	0.1	0.1	-0.1
2034	42.9	6.5	0.1	0.1	-0.1
2035	43.2	6.6	0.1	0.1	-0.1
2036	43.5	6.7	0.1	0.1	-0.1
2037	43.8	6.8	0.1	0.1	-0.1
2038	44.1	6.9	0.1	0.1	-0.1
2039	44.4	7.0	0.1	0.1	-0.1
2040	44.7	7.1	0.1	0.1	-0.1
2041	45.0	7.2	0.1	0.1	-0.1
2042	45.3	7.3	0.1	0.1	-0.1
2043	45.6	7.4	0.1	0.1	-0.1

^a Data are unrounded; ^b Data are
in U.S. \$ / 1000 U.S. \$.

2004 MAR 20 10 40 AM '04

1. **NAME** _____
 2. **ADDRESS** _____
 3. **CITY** _____
 4. **STATE** _____
 5. **ZIP** _____

1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 26

7838

2000 PRESIDENTE ALI 285 VELA SARMENTO
BUENOS AIRES
JON DE SACRAMENTO BUENOS AIRES

Doc. 27-79437-6

IDARG20025765<7<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
6805300F3303078AR6<<<<<<<<<<<<<<<<<<<6
WAZZUCCO<MARIANA<PATRICIA<<<

**BUENOS AIRES
VACUNATE**

**VACUNACION
CONTRA EL COVID-19**

Nombre y Apellido: MAZZUCO, MATIAS TRISTAN

Fecha de Nacimiento: 30-05-1968

DNI: 20.025.765

Número del ciudadano: M3 000 A38 FB

Es importante que la primera y segunda dosis de la vacuna sean del mismo laboratorio. No olvides presentar tu carnet, papel o tarjeta cuando te acerques para recibir la segunda dosis.

Vacuna	Dosis (marcar con x)	Fecha	Lote	Firma Vacunador	Observaciones
SIMPHEN	1 ^a X	2/3/21	2201 0036	F. D. A. L. S. Flores A. L. S.	
	2 ^a X	13-5-21	2021 0303 Y3	R. L. S. E. L. S. L. S.	Debe aplicarse la segunda dosis el día 5/9/21

Ante cualquier duda comunicarse con el 148

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: Juvenio y reactiva

Lugar, día y hora de salida:

Paseo de las artes 17/11/25 07:30 AM

Lugar, día y hora de regreso: Paseo de las artes 19/11/25 11:00 AM

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Centro recreativo municipal Puntaluna

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Mariana Mazaqueo 11 6643 3752

Fidel López 11 3036 1154
Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

1

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Hospital Municipal Puntaluna, Camino Alameda Bruma 778

Otros datos de interés: Tour a la Pata

Actividades recreativas acuáticas

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a Samuel Pantoja

DNI 48435670 que concurre al Establecimiento

Educativo EES N.º 56 del distrito

enseñada a participar de la Salida Educativa / Salida de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de

Puntaluna el/los día/días 17, 18, 19 del

mes de Noviembre del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable)

Dejo aqui constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	Si	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
			Nº Socio	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar a regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia (Consignar varios)

1139028339

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable

DNI: 29.147.163

Fecha: 10/11/25


Panuel
Guillermo

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: _____


Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a RAUNET Samuel a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el **Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada**, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es Mazzocco Mariana y López Fidel que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EESN° 56 Juan Manso

Fecha de ingreso: 17/11/25


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: RAUNET Guillermo

Domicilio: Tr. Ferón 3702

Localidad: Morón

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: Dni

Teléfono: 1134028219

Fecha de nacimiento el/la menor: 07/06/2008

Tipo y N° documento el /la menor: Dni 46435670

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido Samuel Pualet
Domicilio del Titular Presidente Peis 3702
Ciudad Morona Provincia Buenos Aires
Tipo y N° de Documento 48435670 DNI Teléfono 1139028319
Fecha de Nacimiento 070608

2. INFORMANTE

Titular ☐ Padre/Madre: ☒ Otros (especificar) _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI ☐ NO ☒ Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI ☐ NO ☒

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) ☐ NO ☒

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI ☐ NO ☒

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI ☐ NO ☒

Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI ☐ NO ☒ Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☒ Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Todas BCG: todas SARAMPION: todas TRIPLE: todas COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

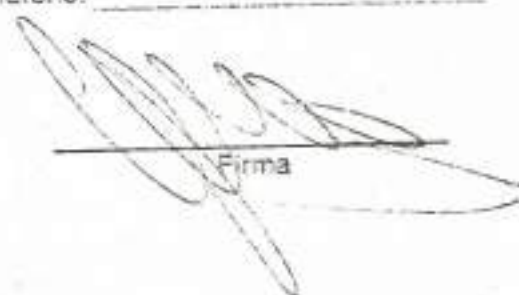
Nombre y Apellido: PAULET GUILLERMO

Teléfono: 1139028319

Cobertura Médica: NO

Teléfono: _____

N° Afiliado: NO


Firma



REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR



Apellido / Surname
PANNET

Nombre / Name
SAMUEL IGNACIO

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M **ARGENTINA** **A**

Fecha de nacimiento / Date of birth
07 JUN / JUN 2008

Fecha de emisión / Date of issue
23 JUL / JUL 2023

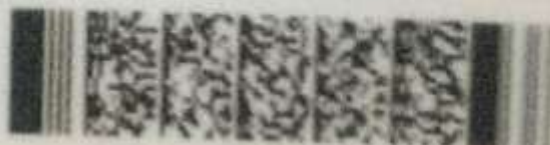
Fecha de vencimiento / Date of expiry
23 JUL / JUL 2038

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

48.435.670

Trámite N° / Of. ident.
00708093592
7632



DOMICILIO: PTE. PERON 3702 - MORÓN - MORÓN
BUENOS AIRES

LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES

CUIL: 20-48435670-0

HUELLA
DACTILAR

IDARG48435670<7<<<<<<<<<<<<<<<
0806073M3807233ARG<<<<<<<<<<<<<2
PANNET<<SAMUEL<IGNACIO<<<<<<<<<

AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar MORON Fecha 11/11/2025

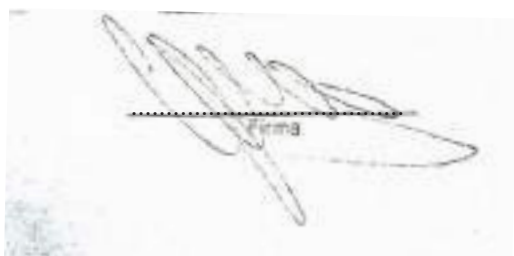
A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Pannet Guillermo

Documento Tipo DNI Número 29147163

~~Si no lo~~ que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de el/ la ESTUDIANTE Pannet Samuel Documento Tipo ...D...N...I..... Número 48435670



Pannet Guillermo

ACLARACIÓN

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente. **Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen.** Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre. **Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723.** El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarcido daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: _____

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a SOLANO VALENTINA a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s/es Mariana MAZZUCO y Fidel LOPEZ que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: JUANA MANZO N° 56.

Fecha de ingreso: 17/11/2025

Jadete Baitez -
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Pada I. Baitez.

Domicilio: MARIANO ACHA 672

Localidad: HURLINGHAM.

Provincia: BS. AS.

Tipo y N° doc: DNI = 266 79368.

Teléfono: 11 76463585

Fecha de nacimiento el/la menor: 10/01/2008

Tipo y N° documento el /la menor: 48.564.888

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido VALENTINA JAZMIN SOLANO
Domicilio del Titular MARTIANO ACMA 672
Ciudad HURLINGHAM. Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento 48564588 Teléfono 011 27486991
Fecha de Nacimiento 100708 -

2. INFORMANTE

Titular ☐ Padre/Madre: ☒ Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI ☐ NO ☒ Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI ☐ NO ☒

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) ☐ NO ☒

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI ☐ NO ☐

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI ☐ NO ☒

Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI ☐ NO ☒ Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☒ Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: todas BCG: todas SARAMPION: todas TRIPLE: todas COVID: todas

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: PAOLA Brites (MAMA)

Teléfono: 1176463585

Cobertura Médica: _____

Teléfono: 1158020467

N° Afiliado: _____

Paola Brites
Firma

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: Jóvenes y Memoria

Lugar, día y hora de salida: Paseo de las Ates 17/11/25 7:30hs.

Lugar, día y hora de regreso: Paseo de las Ates 19/11/2025 Aprox. 11hs.

Lugares de estadia (domicilios y teléfonos): Complejo Recreativo Municipal, Punta Lara, Ensenada

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Mariana 1166433752.

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Otros datos de interés: Tour por la Plata y Actividades Acuáticas.

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a VALENTINA J. SOLANO

..... DNI 48564588 que concurre al Establecimiento

Educativo JOANA MANZO B N° 56 del distrito

PALOHAR a participar de la Salida Educativa / Salida de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de

Hurlingham, Villa Tesei el/los día/días... del

mes de del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	_____
			Nº Socio	_____

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

MAMA = 9976463585 - (PAOLA)
PAPA = 1158020467 - (Fernando)
HERMANA = 1137692432 - (SOFIA)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Pada I. Bentez
PADA I. BENTEZ -

DNI: 26679368

Fecha: 10/11/2025



REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname
SOLANO

Nombre / Name
VALENTINA JAZMIN

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F **ARGENTINA** **A**

Fecha de nacimiento / Date of birth
10 ENE/ JAN 2008

Fecha de emisión / Date of issue
26 NOV/ NOV 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry
26 NOV/ NOV 2039

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Documento / Document

48.564.588

Trámite N° / Of. Ident.
00727878110
7649



PAR DE NACIMIENTO PROV.

Dr. Guillermo A. Francos
Jefe de Gabinete de Ministros



HUELLA
DACTILAR

IDARG48564588<6<<<<<<<<<<<<<<<
0801104F3911268ARG<<<<<<<<<<<<2
SOLANO<<VALENTINA<JAZMIN<<<<<<



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar MORON Fecha 1/11/2025

..... A quien corresponda, Por medio de

la presente, quien suscribe

Paola Britez

Documento Tipo DNI Número 26.679.368SI ☒ NO ☐

(marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de el/ la ESTUDIANTEValentina Solano..... Documento Tipo ...D...N...I... Número ...

48.564.588

PAOLA BRITEZ
FIRMA

.....Paola Britez.....
ACLARACIÓN

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente. **Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen.** Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre. **Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723.** El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarcando daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.

